

学校编码: 10384

类号_____密级_____

学号: 24520111153383

UDC _____

厦 门 大 学

硕 士 学 位 论 文

一次性使用气动式套扎器与 Cook 套扎器治疗食管静脉曲张出血的对照研究

A Clinical Research Of Esophageal Varices Bleeding Treated
By Disposable Pneumatic-band Ligator and Cook ligation
Device

吴梦杰

指导教师姓名: 刘明 副教授

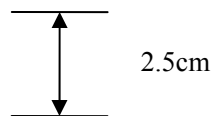
专 业 名 称: 内科学

论文提交日期: 2014 年 4 月

论文答辩日期: 2014 年 5 月

2014 年 5 月

厦门大学博硕士论文摘要库



一次性使用气动式套扎器与 Cook 套扎器治疗食管静脉曲张出血的临床研究

吴梦杰

指导教师

刘明

副教授

厦门大学

厦门大学学位论文原创性声明

本人呈交的学位论文是本人在导师指导下,独立完成的研究成果。本人在论文写作中参考其他个人或集体已经发表的研究成果,均在文中以适当方式明确标明,并符合法律规范和《厦门大学研究生学术活动规范(试行)》。

另外,该学位论文为()课题(组)的研究成果,获得()课题(组)经费或实验室的资助,在()实验室完成。(请在以上括号内填写课题或课题组负责人或实验室名称,未有此项声明内容的,可以不作特别声明。)

声明人(签名):

年 月 日

厦门大学学位论文著作权使用声明

本人同意厦门大学根据《中华人民共和国学位条例暂行实施办法》等规定保留和使用此学位论文，并向主管部门或其指定机构送交学位论文（包括纸质版和电子版），允许学位论文进入厦门大学图书馆及其数据库被查阅、借阅。本人同意厦门大学将学位论文加入全国博士、硕士学位论文共建单位数据库进行检索，将学位论文的标题和摘要汇编出版，采用影印、缩印或者其它方式合理复制学位论文。

本学位论文属于：

（ ） 1. 经厦门大学保密委员会审查核定的保密学位论文，
于 年 月 日解密，解密后适用上述授权。

（ ） 2. 不保密，适用上述授权。

（请在以上相应括号内打“√”或填上相应内容。保密学位论文应是已经厦门大学保密委员会审定过的学位论文，未经厦门大学保密委员会审定的学位论文均为公开学位论文。此声明栏不填写的，默认为公开学位论文，均适用上述授权。）

声明人（签名）：

年 月 日

摘 要

目的 评价一次性使用气动式套扎器临床使用的有效性和安全性。方法 将2012年6月-2013年4月我院及哈尔滨医科大学附属第二医院收治的符合纳入标准的94例食管静脉曲张出血患者随机分为两组：一组接受气动式套扎器治疗（ $n=64$ ），另一组接受Cook套扎器治疗（ $n=30$ ），术后7-10天内观测两组的插入、脱环情况、治疗效果、不良反应等情况。结果 两种套扎器在插入、脱环、治疗效果、术后不良反应等方面均无明显差别（ $P>0.05$ ）。结论 一次性使用气动式套扎器与Cook套扎器在临床使用功效上相仿，但一次性使用气动式套扎器简便灵活，性能可靠，价格低廉，具有推广价值。

关键词：食管静脉曲张；套扎器；消化内镜

Abstract

To evaluate the clinical effect and safety of the disposable Pneumatic-band esophageal variceal ligator. Method: From June 2012 to June 2013, 94 patients with esophageal variceal bleeding were randomly divided into two groups, the disposable Pneumatic-band esophageal variceal ligator group (n=64) and the Wilson-Cook Multi-band Ligator group (n=30), the insertion and removal of band, therapeutic effect, adverse reaction were compared between the two groups in 7 or 10 days. Result: There were no significant differences in the insertion and removal of band, therapeutic effect, adverse reaction between the two groups ($P>0.05$). Conclusion: The clinical effect of the two groups was similar, but the disposable pneumatic activated esophageal variceal ligator is simple, easily used, reliable, cost-effectiveness and worth generalise.

Keywords: Esophageal Varices; ligation; Ligator; Digestive Endoscope

目 录

中文摘要	I
英文摘要	II
英文缩略词	VII
前言	1
1. 食管胃底静脉曲张概述	1
2. 食管静脉曲张病因	1
3. 食管静脉曲张破裂出血发病机制	1
4. 食管静脉曲张的病理形态学	2
5. 食管胃底静脉曲张及其破裂出血早期症状	2
6. EV 出血非内镜治疗	3
6.1 药物治疗	3
6.2 气囊压迫止血	4
6.3 外科手术	4
6.4 介入治疗	5
7. 内镜治疗	5
7.1 内镜下硬化疗法	5
7.2 食管静脉曲张套扎术	7
7.3 内镜下联合治疗	8
8. 套扎器	8
8.1 套扎器种类	9
8.2 套扎圈	10
8.3 套扎器主要的临床应用	11
9. 研究的主要内容和目的	11
资料与方法	12
1. 对象选择	12
2. 研究对象与分组	12

3. 器械	13
4. 治疗方法	14
5. 评价标准	17
6 统计学分析	19
结 果	20
讨论	21
参考文献	26
综述	29
致谢	40

Contents

CHINESE ABSTRACT	I
ENGLISH ABSTRACT.....	II
ENGLISH ABBREVIATIONS	VII
INTRODUCTION.....	1
1. Esophageal varices.....	1
2. The pathogen of esophageal varices.....	1
3. The mechanism of esophageal varices bleeding.....	1
4. Pathological features of esophageal and gastric varices	2
5. Early symptoms of esophageal and gastric varices	2
6. Non endoscopic treatment	3
6.1 Medication	3
6.2 Three-chamber airbag hemostasis	4
6.3 Surgery.....	4
6.4 Intervention	5
7. Endoscopic therapy	5
7.1 EVS.....	5
7.2 EVL	7
7.3 Endoscopic combination therapy	8
8. Ligation device	8
8.1 Types.....	9
8.2 The band of ligation	10
8.3 Clinical applications.....	11
9. The main content and purpose	11
MATERIALS AND METHODS.....	12
1. Object selection.....	12
2. Subjects and groups.....	12
3. Medical devices	13
4. Treatment	14
5. Evaluation criteria.....	17

6. Statistical analysis	19
RESULTS.....	20
DISCUSSION	21
REFERENCE.....	26
REVIEW	29
ACKNOWLEDGEMENTS	40

厦门大学博硕士论文摘要库

中英文缩略词

英文缩写	英文全名	中文名称
EGVB	Esophageal and gastric varices bleeding	食管胃静脉曲张出血
HPVG	Hepatic venous pressure gradient	肝静脉压力梯度
EV	Esophageal varices	食管静脉曲张
GEJ	Esophageal junction	食管贲门连接处
EVS	Endoscopic variceal sclerosis	内镜下硬化治疗
EVL	Endoscopic variceal ligation	食管静脉曲张套扎术
GV	Gastric varices	胃静脉曲张
DEVL	The dense endoscopic variceal ligation	内镜下密集套扎术
TIPS	Trans jugular intrahepatic portosystemic stent shunt	经颈静脉肝内门体静脉分流术治疗术
PTE	Percutaneous transhepatic gastroesophageal varices embolization	经皮经肝选择性食管胃底静脉栓塞术

前言

1. 食管胃底静脉曲张概述

食管胃底静脉曲张破裂出血（EGVB）是肝硬化门脉高压症的常见的并发症和死亡原因，肝硬化患者中，约30%伴有食管胃静脉曲张，其中孤立性胃静脉曲张占5%~10%，20%~30%曲张静脉会发生破裂出血，未经治疗的静脉曲张患者，1年内出血致死率可达70%，2年内复发出血的病例可达80%，每次出血的病死率为20%~30%^[1]。

2. 食管静脉曲张病因

任何部位的静脉回流障碍均可以引起食管静脉曲张的发生，因为当门脉高压形成时，门静脉系统和上腔静脉系统之间会形成侧枝循环。肝硬化肝脏功能储备和肝静脉压力梯度（HVPG）是决定静脉曲张的重要因素。但当某种原因引起门静脉血流受阻，血液瘀滞，或者循环血流量增加时，就会导致门静脉系统压力随之升高，与此同时就会伴随一系列临床症状和体征，称之为门静脉高压症^[2]，主要表现为脾大，脾功能亢进，腹水，食管胃底静脉曲张以及呕血等。门静脉高压症常见病因主要包括三大类型：肝前型（如门静脉先天性狭窄、血栓、癌栓、肿瘤压迫等）、肝内型（各种原因引起的肝硬化）和肝后型（肝静脉狭窄阻塞）。在我国最为常见的是肝内型，多见于各种类型的肝炎，其发生率约为84%^[3]，其中以病毒性肝炎后肝硬化常见，国外50%-83%见于酒精性肝硬化。

3. 食管静脉曲张破裂出血发病机制

门脉高压症是肝硬化患者发展中的一个必然过程，EGV是门脉高压症的特异性标志，也是上消化道出血的直接原因和常见原因。其发病机制可有两种：一是“前向血流学说”，肝硬化患者全身高动力循环，使循环血流量增加，从而引起门静脉系统主动充血；二是“后向血流学说”，肝脏纤维化再生结节、肝窦毛细血管化等原因可使门静脉血流回流阻力增加，从而引起门静脉阻塞性充血。概言之，全身高动力循环和门静脉阻塞性充血是门脉高压的两大病理生理基础。通常

认为阻力增加是始动因素，高动力循环是门脉高压持续存在的重要因素。目前认为，食管静脉曲张出血的分子生物学机制尚不十分明确，有待进一步深入研究。

当门脉高压形成后，会引起许多侧支循环形成，其中以食管及胃底部较常见，亦可发生在胃部其它位置和肠道，门脉压力直接影响曲张静脉中的压力，所以当门静脉压力突然升高时，如当用力或者呕吐等诱因时就会引起食管胃底静脉曲张破裂出血^[4]。当门静脉压力继续升高时，曲张静脉中的压力也会随之增加，使静脉血管壁变薄，血管半径增大，从而导致血管破裂出血。门脉压减去下腔静脉压即为门脉压力梯度，当门脉压力梯度低于12mmHg时，一般不会引起静脉曲张破裂出血^[5]。同时，曲张静脉周围及表面覆盖的组织具有支持保护作用。在一定程度下，一般曲张静脉不会出现破裂出现；但当局部组织黏膜及肌层因为炎症、糜烂、溃疡等因素受损，致使组织支持保护力量减弱时，也易于发生静脉曲张破裂出血。

4. 食管静脉曲张的病理形态学

目前，普遍认为消化道内镜是诊断食管胃底静脉曲张的金标准。静脉曲张好发于食管远端并越过齿状线至胃贲门区，EV较GV更容易发生破裂出血的主要原因有：食管黏膜较胃黏膜菲薄，且食管黏膜肌层较胃粘膜疏松，而胃黏膜肌层又与黏膜固有层连接紧密。胃皱襞可轻度掩盖孤立性胃静脉曲张，临床上要慎重。有研究资料显示，红色征是静脉曲张破裂出血的预测指标，组织学上常会同时伴随菲薄的上皮层^[6]。临床上主要依靠肝功能Child-Pugh分级，曲张静脉直径、形态及是否有红色征来判定判断食管胃底静脉曲张是否有破裂出血的风险及预后情况^[7-10]。

5. 食管胃底静脉曲张及其破裂出血早期症状

5.1 门脉高压症临床表现

5.1.1 原发病表现

绝大多数门脉高压症是由肝硬化引起的，因此若患者出现肝硬化相关的临床表现时，则有必要检查门脉高压。肝硬化的主要临床表现包括食欲降低、疲倦乏力、皮肤发暗、内分泌紊乱等^[11]。

5.1.2 门脉高压症表现

门脉高压症的临床表现主要包括水肿、腹壁静脉曲张、痔静脉曲张、脾大、脾功能亢进和腹水等^[12]。如患者既往有各种原因引起的肝炎病史、长期大量饮酒史、血吸虫病史、胆汁淤积病史等，查体可见以上临床表现及体征，且肝功能生化检验有异常，则往往提示是肝硬化伴门脉高压。

5.1.3 出血及其继发影响

呕血是食管静脉曲张破裂出血的突出症状，呕血是食管静脉曲张破裂出血的突出症状，常呈喷射性呕吐，呕吐大量鲜血。肝硬化患者常见的临床出血表现还有牙龈出血、皮下、黏膜出血。若患者有上消化道出血的临床表现，并突然出现休克者，临床上往往首先考虑肝硬化伴门脉高压所致的食管胃底静脉曲张破裂出血。通常，患者在失血早期，机体会发挥自身代偿性作用，血流动力学不会立刻出现明显的变化；若继续持续出血，则会引起明显的血流动力学变化^[13]。血流动力学变化一般表现为血压下降、脉压变小、心率加快、血容量减少、回心血量减少等。若患者持续出血，则会导致患者体内一些器官的血流灌注不足，引起器官的各种损伤，从而出现代谢障碍，一些酸性代谢物在机体内蓄积，引起患者酸碱失衡，使病情不断恶化，最终引起严重的组织损伤。另外，如若患者大量失血，引起脑供血不足，往往会导致肝性脑病^[14]，患者一般表现为情绪改变，如烦躁、淡漠或意识丧失等。

6. EV 出血非内镜治疗

6.1 药物治疗

临床上以降低门脉压力为主的药物治疗主要有：

(1) 血管加压素及其类似物：作用机理是通过收缩内脏小动脉，减少门脉血流量，起到暂时降低门脉压的作用；也可使曲张静脉破裂形成血栓，从而达到止血的目的。血管加压素推荐疗法是0.2U/min 静脉持续滴注，视治疗反应情况，也可逐步加大剂量至0.4U/min。为减少不良反应，血管加压素 最高剂量的持续使用时间不应超过24小时。血管加压素可明显控制曲张静脉出血，但不能降低病死率，临床上常同时静脉滴注硝酸酯类药物，如硝酸甘油，以减少血管加压素引起的血压升高、心律失常、心绞痛、心肌梗死等不良反应，硝酸甘油还可以减低

门静脉压，有助于疗效，临床上一般根据患者血压调节硝酸甘油剂量，也可以0.6mg 舌下含服，每30分钟1次。高血压及有冠状动脉粥样硬化性心脏病者应谨慎使用。

(2) 生长抑素及其类似物：能明显控制出血率，但不能改善病死率。其作用机理尚未完全阐明，有研究证明可选择性减少血流量，尤其是门静脉系统的血流量，从而降低门静脉压力，有效地控制 GV 破裂大出血，并且对心搏出量及血压无明显影响。值得注意的是，此类药物不应与硝酸酯类药物联合使用。

抑酸治疗：如 H₂受体拮抗剂和质子泵抑制剂的使用，有利于血小板聚集和纤维蛋白凝块的形成，防止血凝块过早地溶解，从而有效控制出血和预防再出血，临床上广泛使用。

(3) 针对病因治疗：肝硬化常见的病因主要包括病毒性、酒精性、胆汁淤积性、自身免疫性、遗传代谢及药物性肝病等。有效控制出血后应针对病因酌情进行治疗，如抗病毒药物的应用。

(4) 二级预防药物治疗：出血控制后可酌情使用非选择性 β 受体阻断剂，通过降低心输出量，更主要的是，通过收缩内脏血管进而减少门脉血流量，以达到降低门脉压力的目的，可以预防绝大多数有中等或较大的静脉曲张患者的出血，普萘洛尔开始的剂量通常为20mg，2/日。单硝酸异山梨酯与之联合使用，二者可起到协同降低门脉压力的作用。

6.2 气囊压迫止血

临床上气囊压迫止血持续时间不宜过长，压迫过久会导致粘膜出现糜烂及溃疡，故应间断放气以解除压迫，必要时可再次充盈气囊以恢复牵引。采用三腔二囊管压迫止血有效率可大65%-85%，但会造成较多的不良反应，如吸入性肺炎，食管粘膜坏死，窒息等，患者痛苦较大，且不能长期压迫，停用后早期再出血率高达50%，应注意观察不良反应。目前，气囊压迫止血一般用于内科药物止血不佳时或者仅作为内镜止血治疗前的过渡疗法，以此获得内镜止血治疗的时机。

6.3 外科手术

(1) 分流术：主要有脾肾静脉吻合、门腔静脉吻合、肠系膜上静脉-下腔静脉吻合，虽可以降低门静脉压力达到治疗效果，但手术创伤较大，并发症较多，死亡率较高。

(2) 脾切除术：能部分降低门静脉压力，同时也能治疗脾功能亢进，但出

Degree papers are in the "[Xiamen University Electronic Theses and Dissertations Database](#)". Full texts are available in the following ways:

1. If your library is a CALIS member libraries, please log on <http://etd.calis.edu.cn/> and submit requests online, or consult the interlibrary loan department in your library.
2. For users of non-CALIS member libraries, please mail to etd@xmu.edu.cn for delivery details.

厦门大学博硕士论文摘要库